

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

313 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Albert BISMUTH

Né à Tunis le 25 octobre 1896

Aortite abdominale à forme gastralgique

Président de thèse : M. le Professeur CARNOT



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ

13, rue de l'Ecole de Médecine

1923

313

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE

818

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Albert BISMUTH

Né à TUNIS, le 25 Octobre 1896

Aortite abdominale à forme gastralgique

Président de thèse : M. LE PROFESSEUR CARNOT.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, rue de l'Ecole de Médecine

1923

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTE : M. ROGER

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

MM.

NICOLAS.
CUNEO.
RICHET.
André BROCA.
DESOREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBE.
N...
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
F. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE.
BRANCA.
CAMUS.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CHIRAY.
CLERC.
DEBRÉ.

DESMAREST.
DUVOIR.
FISSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ (H.).
LAINÉL-JAVASTINE
LANGLOIS.

LARDENNOIS.
DE LORIER.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
LÉVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOQUOT.
MULON.
OKINCZYC.
PHILIBERT.

RATHERY.
REITERER.
RIBIERRE.
ROUSSY.
ROUVIÈRE.
SCHWARTZ.
STROHL.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MON PERE

*Faible témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance.*

A MES FRERES ET SCEURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. A. GUTMANN

Assistant médical de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a aidé à la réaliser, en témoignage
de notre bien vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR D. ROUTIER

Médecin assistant de l'Hôpital Cochin

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON DURAND

Médecin assistant de la Pitié

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
de PARIS et de LYON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

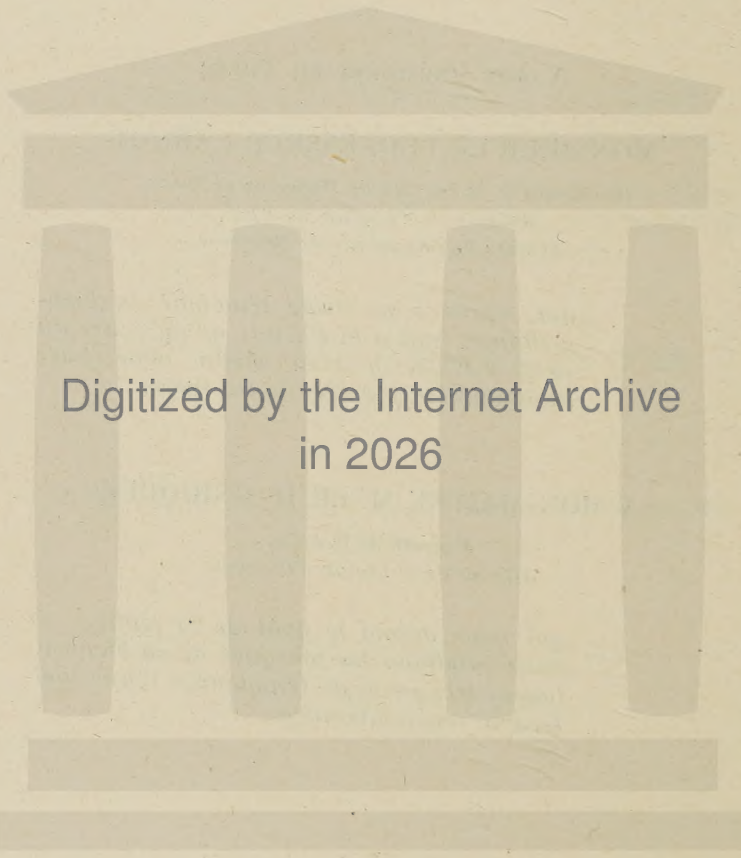
*Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine.*

qui, après nous avoir témoigné sa bienveillance, tant à la Faculté qu'au cours du petit V.E.-M., a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

A MON MAÎTRE M. LE D^r ENRIQUEZ

*Médecin de la Pitié,
Officier de la Légion d'Honneur.*

qui nous donna le goût de la clinique et nous prodigua les marques de sa bienveillance; très modeste témoignage d'une inaltérable reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'histoire de l'aortite abdominale date de Potain et surtout du professeur Teissier, de Lyon. Elle a donné lieu dans ces dernières années à divers travaux : Lœper, Castaigne et Gouraud, Benech, Colombe, avant la guerre, Marquezy récemment, lui ont consacré de nombreux articles.

La plupart de ces auteurs ont surtout étudié les grands signes soit intestinaux comme Lœper, soit les crises gastriques qui par leur intensité, l'attitude du malade, sa pâleur, sa position en chien de fusil, son angoisse, rappellent l'angine de poitrine.

Nous voulons appeler l'attention dans ce travail sur les manifestations plus atténuées des malades atteints d'aortite abdominale et qui rappellent à s'y méprendre la symptomatologie courante des affections gastriques.

C'est ainsi que sur une dizaine de malades que nous avons pu observer la plupart étaient venus à la consultation du Tube Digestif dans les services de M. le professeur Gosset ou de M. le docteur En-

riquez pour leur *estomac* et c'est de ces consultations digestives que le docteur Gutmann les a envoyés pour examen dans les services de M. le docteur Laubry, où ils ont été vus, soit par M. le Docteur Laubry soit par son assistant, le docteur Routier.

Cette provenance des malades étudiés indique bien qu'elle est chez eux la dominante symptomatique.

HISTORIQUE

C'est à Potain que revient le mérite d'avoir mis en lumière la symptomatologie générale de l'aortite abdominale. Dans une de ses cliniques de la Charité en 1899, à l'occasion des premières observations qu'il rapporta, il décrivit les grands signes de l'affection : douleur spontanée et surtout provoquée le long de l'aorte jusqu'à l'ombilic ; dilatation, mobilité de l'aorte.

Potain insiste déjà sur les troubles gastriques, ce sont en général des malades qui viennent consulter parce que « leur appétit est médiocre, leurs digestions pénibles, les souffrances débutent une heure et demie à deux heures après les repas, s'accompagnant quelquefois de vomissements alimentaires. »

Teissier de Lyon, ensuite démontra dans une série d'articles, la réalité du syndrome. Au Congrès de Toulouse en 1902, il indiqua le signe de la pédieuse, la fréquence de cette affection dans les maladies infectieuses et dans l'entérite muco-membraneuse.

« L'aortite abdominale, dit-il, est plus fréquente qu'on ne saurait le croire, à lire les auteurs clas-

siques qui le passent absolument sous silence, elle est loin d'être rare dans les infections, dans le rhumatisme aigu, dans la grippe. Il a insisté aussi sur les crises diarrhéiques ; « crises de paroxysmes douloureux accompagnant le flux diarrhéique ». Ce flux diarrhéique qui complique l'aortite abdominale est comparable, d'après lui, aux crises d'œdème aigu du poumon qui compliquent parfois l'aortite thoracique.

Plus tard, Lœper en 1910, dans ses leçons de Pathologie digestive insista surtout sur les diverses variétés cliniques. Il a décrit plusieurs formes de crises intestinales dans l'aortite.

La forme entéralagique, forme douloureuse avec spasme du colon.

La forme coprostatique qui simule l'occlusion. Le malade fait une crise d'occlusion aiguë et meurt. A l'autopsie on trouve une aortite abdominale avec athérome des artères mésentériques.

La forme diarrhéique qui rappelle la forme décrite par Teissier.

Enfin la crise mucorrhéique ressemblant à la crise d'entérocolite muco-membraneuse.

Récemment Laubry et Routier viennent d'insister sur la fréquence de l'aortite abdominale et M. Laubry dans une communication orale a bien mis en valeur que c'était surtout grâce à ses confrères gastrologues qu'il voyait autant d'aortites abdominales.

Enfin, MM. R. A. Gutmann et D. Routier, viennent de consacrer un travail aux formes gastriques de l'aortite.

ETIOLOGIE

« Les idées sur l'étiologie de l'aortite abdominale semblent devoir être revisées. » On a mis en cause, le *traumatisme*, l'action du froid, le surmenage, etc. telle l'histoire de l'infirmier de la Charité qui, pour Potain aurait été atteint de cette affection après un travail pendant lequel l'abdomen était resté exposé à un froid vif.

Teissier rapporte aussi deux cas d'aortite par traumatisme.

Ces deux auteurs admettaient l'origine fréquente de la *tuberculose* chez les aortiques. D'après leurs observations il s'agit en général d'une tuberculose torpide, à évolution lente, qui a « de la tendance aux irritations cardio-vasculaires. »

Marquezy à son tour, dans le service de M. le professeur Sargent rapporte le cas d'un malade atteint d'aortite abdominale compliquée d'anévrisme chez qui on ne trouvait aucun signe de syphilis, mais qui présentait une coxalgie en évolution depuis 20 ans.

La tuberculose comme on le voit, peut être une cause de l'aortite, mais elle est en réalité assez rare.

L'étiologie de l'aortite abdominale doit être rap-

prochée souvent de celle de l'aortite thoracique, c'est-à-dire que ses localisations relèveraient de la *syphilis*.

En effet, les commémoratifs, la réaction de Bordet-Wassermann, les constatations anatomiques prouvent que la syphilis joue un rôle prépondérant dans l'aortite abdominale.

Toutefois il faut noter qu'on voit plus d'aortites abdominales ou la syphilis ne peut être d'aucune façon trouvée qu'on n'en voit dans les aortites thoraciques.

Les infections qui ont été ensuite le plus signalées comme cause d'aortite étaient le *rhumatisme aigu*, la *grippe*, l'*infection puerpérale*, le *paludisme*, la *rougeole*, la *fièvre typhoïde*, la *scarlatine*.

Teissier, dans une des observations rapportée dans la thèse de son élève Rhem, montre le rôle très important des *infections venant du tube digestif* comme l'entérocélite muco-membraneuse par exemple.

Cette influence des causes locales paraît particulièrement nette dans une observation (obs. II) d'une malade opérée pour fibrome, qui, à ce moment, n'avait rien de spécial au point de vue aortique. Un an plus tard on note des signes d'appendicite chronique. Après son opération elle commence à souffrir dans le ventre avec des crises de la région épigastrique à type coliques hépatiques légères. Elle est ensuite examinée par le Dr Gutmann qui trouve des signes d'aortite abdominale confirmés par le Dr Routier alors que cet examen avait été négatif jusque là.

On peut se demander s'il ne s'agit pas dans ces cas d'infections lymphatiques de proche en proche, d'épiploïte, sur lesquelles M. le Docteur Enriquez et ses élèves ont insisté à plusieurs reprises.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Malgré la rareté des autopsies, l'anatomie pathologique a permis d'étudier d'une manière assez complète la topographie des lésions que l'on rencontre sur l'aorte dans les cas d'aortite. Hanot a constaté à l'autopsie d'un sujet atteint d'aortite, l'existence de plaques gélatineuses sur l'aorte abdominale.

Barrié et Colombe notent une oblitération incomplète de l'origine du tronc cœliaque par une plaque athéromateuse, l'artère était à peine perméable à sa naissance. Mignac rapporte dans sa thèse une aorte abdominale qui depuis le diaphragme jusqu'à la bifurcation était dure, rigide avec de nombreuses plaques d'athéromes. Ces athéromes se poursuivaient dans les branches du tronc cœliaque.

Le plus souvent les lésions athéromateuses sont plus discrètes, elles siègent surtout au niveau du diaphragme, et sur l'angle de bifurcation des deux iliaques.

L'aorte est augmentée de volume, la dilatation est plus marquée en certains points donnant au vaisseau un aspect irrégulier ; de plus elle est allon-

gée et comme elle est fixée aux deux bouts elle est obligée de prendre une forme en arc.

De ceci résulte une mobilité anormale qui dans quelques cas permet de mobiliser l'aorte de droite à gauche.

Les parois du vaisseau sont très résistantes et très épaisses, le vaisseau a en outre perdu sa souplesse et nous retrouvons l'importance de tous ces signes à la clinique.

A l'ouverture de l'aorte on trouve une surface parsemée de plaques calcaires réalisant un véritable pavage de l'aorte.

Dans certains cas les tissus péri-aortiques offrent une réaction inflammatoire plus ou moins grande.

Enfin, dans les rares cas étudiés à ce point de vue, il n'y avait pas de lésions appréciables de plexus nerveux et des ganglions.

PATHOGENIE

La pathogénie des phénomènes douloureux de l'aortite abdominale a fait l'objet de nombreuses théories. Pour Potain, Teissier, Carrière, les crises douloureuses, crises gastriques ou crises intestinales sont dues à une ischémie des artères qui irriguent les organes.

C'est cette oblitération plus ou moins imparfaite qui provoque une véritable claudication intermittente de l'estomac ou de l'intestin. La crise survient en général après un repas copieux, c'est qu'alors l'estomac étant distendu, l'irrigation sanguine est

devenue relativement insuffisante et c'est cette ischémie passagère qui entraînerait la crampe douloureuse de l'estomac.

« Cette crampe douloureuse, comme le dit Carrière, est analogue à la crampe douloureuse de l'angine de poitrine, et identique à celle du muscle dans la claudication intermittente. »

Pour Pal, la crise est due à une vaso-constriction des vaisseaux abdominaux et à une hypertension consécutive, la douleur provient alors de la distension secondaire des territoires vaso-moteurs voisins.

La douleur gastrique rentre ainsi dans la théorie générale de ce que Pal appelle les crises vasculaires.

Pour Lœper il s'agit d'une irritation du plexus solaire, d'une névrite qui provoquerait les crises douloureuses chez les aortiques et suivant le siège de la lésion où aura les crises du colon ascendant et du grêle (lésions du ganglion mésentrique supérieur), des crises du colon transverse et descendant (lésion du ganglion mésentrique inférieur).

Il nous semble avec MM. Gutmann et Routier, qu'on peut encore invoquer une autre hypothèse, c'est celle de l'hypertension digestive.

M. Lœper a remarqué que la tension artérielle subissait trois variations principales au moment de la digestion ; une élévation qui suit de très près l'ingestion des aliments et qu'il appelle l'hypertension immédiate ; ensuite une hypotension secondaire qui survient un quart d'heure à trois quarts

d'heure après. Enfin deux à trois heures après le repas, une nouvelle élévation de la tension qu'il appelle hypertension tardive.

« Cette hypertension tardive répond à la distension intestinale, à la pléthore sanguine ; elle est proportionnelle à l'abondance des matériaux alimentaires, à leur action irritante sur les vaisseaux à la rapidité de leur élimination. »

Cette hypertension qui dépasse de 2 à 3 centimètres la normale, peut comme l'hypertension de l'angine de poitrine de décubitus de Vaquez expliquer les crises gastriques des aortiques ; en effet, cette hypertension générale retentira plus particulièrement sur une aorte malade qui en se distendant à l'excès créera par l'irritation des filets nerveux le syndromé douloureux.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'étudierons pas ici ni les grandes crises tabetiformes, ni la symptomatologie uniquement intestinale.

Nous insisterons particulièrement sur les symptômes à type gastrique atténué.

C'est pour leur estomac que les malades viennent consulter, ils se plaignent de ressentir des douleurs diversement localisées dans l'épigastre, douleurs franches, médianes. Ces douleurs sont d'intensité moyenne avec très rarement des paroxysmes nécessitant l'emploi de la morphine. Tantôt, selon

les irradiations elles peuvent avoir une prédominance sus-ombilicale ou même prédominer vers l'hypocondre droit, vers le foie, l'ombilic et quelquefois au contraire descendre le long de la colonne vertébrale jusque dans la région des artères iliaques.

La douleur n'est en général pas influencée par l'absorption des médicaments ou des aliments.

Au plus fort de la crise l'absorption de liquide ne l'augmente, ni ne la diminue. L'horaire de ces douleurs est particulièrement intéressante. Nous avons chez plusieurs de nos malades observé deux paroxysmes, l'un se déclare vers la fin du repas et dure une vingtaine de minutes, il est surtout caractérisé par la lourdeur des éructations s'accompagnant de bouffées congestives du visage, et de renvois gazeux. Ces renvois ne calment pas la douleur. Puis survient une période de latence et trois ou quatre heures après, une nouvelle douleur plus forte sous forme de crampe à caractère quelquefois transfixiant, accompagné de sensation légèrement angoissante, d'autres fois le malade se plaint d'une véritable barre épigastrique.

La douleur disparaît spontanément après une heure environ.

D'une façon générale, comme dans les ulcus, les crises ont tendance à se rapprocher et la douleur à devenir continue. Les vomissements s'observent quelquefois mais sont rares et inconstants.

EXAMEN

Lorsqu'on examine le malade on constate qu'à la palpation la douleur est très nettement localisée le long de l'aorte sous-diaphragmatique que l'on sent battre d'une façon exagérée.

Aucun de ces deux signes n'est pathognomonique, mais chacun d'eux doit éveiller l'attention et commander des examens ultérieurs.

Le caractère de la douleur est plus particulier, lorsque l'on insiste, on provoque une sensation de douleur angoissante et si l'on continue on peut observer de la pâleur et dans certains cas on a signalé même une tendance à la syncope.

Lorsqu'on essaye chez des sujets amaigris de prendre l'aorte entre deux doigts, on constate que l'aorte est volumineuse. Dans certains cas, sa laxité est particulièrement nette, on peut la mobiliser transversalement et le transfert possible de l'aorte de gauche à droite et de droite à gauche est un signe clinique important de son allongement.

L'auscultation de l'aorte abdominale se fait au moyen du stéthoscope qui révèle un souffle systolique à son maximum sur la tumeur, souvent il est d'une intensité telle qu'on le perçoit dans tout l'abdomen, le souffle existe sans qu'on ait besoin de le faire naître artificiellement. Il existe en effet des cas ou en l'absence de toute aortite abdominale une pression convenable du stéthoscope peut convertir le bruit systolique normal en une espèce de souffle qui pourrait faire errer le diagnostic. Quelquefois

ce souffle est vibrant et rapeux, il correspond alors à un frémissement perçu par la palpation.

L'examen général montre quelquefois des signes importants, on peut noter ainsi des signes d'aortite thoracique. Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de cette aortite quand on la voit se caractériser par une augmentation de volume et de longueur de vaisseau qui donnent des signes fonctionnels et physiques desquels nous n'avons pas à parler ; mais il faut les rechercher avec soin à propos de chaque cas d'aortite abdominale, en raison de la co-existence fréquente avec l'aortite thoracique.

Il faut particulièrement insister chez ces malades souffrant d'affections gastriques, sur le faux point appendiculaire. Lorsque l'on examine leur fosse iliaque droite, il n'est pas rare de constater une douleur intense à la palpation profonde. Dans un certain nombre de cas nous avons pu avec MM. Gutmann et Routier constater que cette douleur répondait exactement à l'artère iliaque droite.

On sent en profondeur battre l'artère et c'est lorsque on a ce battentent sous le doigt que la pression est douloureuse ; dès que le doigt s'écarte de l'artère le malade ne souffre plus, cette constatation est particulièrement intéressante pour éviter de faire le diagnostic d'appendicite chronique, comme on pourrait y être porté à un examen rapide.

La constatation de tous ces signes n'impose pas le diagnostic, il faut ajouter l'examen radioscopique, la recherche des tensions locales, l'étude des tracés, car de tous les signes précédents la consta-

tation d'un souffle aortique abdominal est seul véritablement pathognomonique.

EXAMEN GRAPHIQUE

MM. Laudry, Mougeot et Giroux ont étudié particulièrement la précession du pouls fémoral sur le pouls radial en cas d'aortite ; ils ont surtout mis en lumière ce signe pour les aortites postérieures, mais il conserve la même valeur en cas d'aortite abdominale.

Normalement la pulsation fémorale à l'arcade crurale et la pulsation radiale à la gouttière du pouls sont synchrones. S'il existe un degré plus marqué d'aortite au-dessous de l'émission des gros vaisseaux du membre supérieur, l'onde pulsatile cheminant dans les artères normales au membre supérieur ne se trouve pas modifiée. Au contraire l'onde pulsatile cheminant dans un conduit induré dont l'élasticité est modifiée se trouve, elle, modifiée dans sa vitesse et c'est un principe de physique que plus le conduit est rigide plus la vitesse de l'onde est accrue. Par conséquent l'aortite abdominale qui a pour conséquence de rendre l'aorte plus rigide se traduit par un accroissement de vitesse de l'onde pulsatile dans les vaisseaux du membre inférieur.

La différence de temps observée entre l'onde fémorale et l'onde radiale au point susdit et de l'ordre de 2 à 4 centième de seconde. Elle est trop faible pour être appréciée d'une façon certaine au

doigt, mais on décèle sa netteté et sa précision au moyen de sphygmographes ; ces derniers s'obtiennent très facilement en plaçant sur l'artère fémorale à l'arcade un bouton de Marey, sur la radiale à la gouttière, un sphygmographe à patins ; ces deux appareils étant reliés aux tambours inscripteurs.

SIGNES RADIOLOGIQUES

L'examen radiologique ne montre pas toujours des silhouettes caractéristiques. Pour pratiquer cet examen on est obligé d'éclairer l'abdomen qui normalement se présente uniformément obscur, cet éclairage se fait en injectant de l'air soit dans le péritoine (pneumo-péritoine), soit dans l'intestin (lavement d'air). Cette deuxième technique est préférable à la première à raison de son innocuité et de sa simplicité. Il faut avoir soin de faire jeûner le malade dix-huit heures au moins avant le lavement, lui administrer une purgation et deux heures avant l'examen un lavement évacuateur aqueux. L'insufflation se fait au moyen d'une canule à lavement reliée à une soufflerie à thermocautère.

Il faut avoir soin d'insuffler sous le contrôle radioscopique, d'injecter l'air petit à petit et de le faire pénétrer dans tout le cadre colique en massant l'abdomen entre chaque insufflation.

Normalement l'aorte ne fait aucune saillie devant la colonne vertébrale. Lorsque l'aorte abdominale se caractérise par une augmentation de volume suf-

fisant, on aperçoit une saillie proéminente à gauche et nettement pulsatile.

Par l'orthodiagraphie on mesure le volume exact de l'aorte malade.

Schéma radioscopique relatif au malade
de l'Observation I



Après insufflation :

On voit une dilatation nette de la portion supérieure de l'aorte abdominale et une augmentation du diamètre transversal de la portion sous-jacente.

DIAGNOSTIC

Nous ne ferons pas le diagnostic de toutes les crises douloureuses abdominales telles que les crises de coliques hépatiques, de l'ulcus de l'estomac ou du duodénum, de l'appendicite, des pancréatites, etc. Nous décrirons simplement les douleurs abdominales d'origine vasculaire.

Nous avons vu d'après la symptomologie comment on pouvait arriver à faire le diagnostic de l'aortite abdominale. Cependant il est quelquefois difficile de distinguer cette aortite d'une crise *d'angine de poitrine*, quand la douleur de l'angine au lieu de siéger à la partie supérieure du sternum, siège un peu plus bas au niveau de l'épigastre.

Cette douleur qui débute au niveau de l'abdomen pour remonter ensuite le long de la région sternale donne fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic.

En effet, ces douleurs apparaissent aussitôt après les repas, sans doute par la même pathogénie que celle que nous avons discuté, s'accompagnant souvent d'une sensation de plénitude gastrique, et se terminant par des éructations. Ces crises font

penser aux malades que les troubles dont ils souffrent sont dus plutôt à un mauvais fonctionnement de leur estomac.

De même il existe chez les *dyspeptiques avec aérophagie* des accès à forme d'angor.

Ces accès se produisent à la fin du repas ou dans les deux heures qui le suivent, ils durent souvent assez longtemps, une à deux heures, s'accompagnent de refroidissement des extrémités, de palpitations, de tendance à la syncope, avec douleurs au creux épigastrique. Ces accès se terminent souvent par des renvois gazeux.

On pourrait songer aussi à l'*artérite des artères mésentriques*. La symptomatologie de l'artério-sclérose abdominale est plutôt vague ; c'est en général un malade qui ne peut pas localiser la douleur, il a depuis longtemps des digestions pénibles accompagnées de nausées et surtout de vomissements, mais bientôt éclatera un épisode très grave simulant une perforation avec douleurs, vomissements, diarrhée. Cette diarrhée disparaît d'ailleurs assez vite pour faire place à une occlusion intestinale.

Ce diagnostic de l'artérite se fera d'abord par l'existence d'autres signes généraux d'artério-sclérose, ensuite par le caractère des crises de constipation et de douleurs, enfin par l'examen coprologique qui pourra montrer une hémorragie plus ou moins latente.

Enfin il faut ajouter les *troubles dyspeptiques* survenant quelquefois chez les *hyposystoliques* ; ces troubles sont caractérisés par une gêne doulou-

reuse dans la région épigastrique après les repas, des éructations accompagnées souvent de vomissements alimentaires.

Cette forme dyspeptique est en général assez facile à diagnostiquer. En effet, elle coexiste en général avec la congestion passive du foie.

Cependant elle peut s'observer alors même que le foie ne paraît pas augmenté de volume, mais l'examen attentif de l'appareil circulatoire la fera quand même reconnaître.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'aortite abdominale est presque toujours bénin, toutefois il faut bien savoir que l'aortite non soignée peut donner lieu à des complications redoutables, de thromboses avec gangrènes des membres inférieurs ou d'une partie plus ou moins grande d'une anse intestinale ; d'embolies diversement localisées dans le même territoire. Enfin il est naturel de signaler la possibilité d'une artérite ectasiente ou la rupture de l'aorte.

TRAITEMENT

Il est évident que si l'origine syphilitique peut être reconnue, il faudra s'adresser au mercure, au salvarsan, aux sels de Bismuth.

Lorsque le Wassermann est négatif même, l'importance du rôle de la syphilis dans les affections vasculaires, doit nous inciter toujours à essayer le traitement.

En dehors de cette médication, deux médicaments semblent particulièrement agir dans l'aortite abdominale, quelle que soit son origine. C'est d'une part l'iodure de potassium, on aura soin de le donner en pilules kératinisées ou glutinisées pour éviter des troubles gastriques surajoutés ; on le donnera aux doses moyennes de 1 gramme par jour en augmentant selon la tolérance du malade.

C'est, d'autre part, l'huile iodée en injection sous-cutanée.

On évitera de faire les injections dans les régions qui pourraient ultérieurement gêner un examen radioscopique car on sait que l'huile iodée donne des taches opaques aux rayons.

Il faudra toujours s'assurer que le dissolvant est

une huile végétale, les injections répétées d'huile de paraffine pouvant amener de véritables tumeurs de pronostic quelquefois graves.

En cas de crises particulièrement douloureuses, on utilisera la médication symptomatique habituelle : calmante (opium, codéine, etc.) ou hypotensive (trinitrine, etc.).

OBSERVATIONS

Nous donnons ici le résumé de quatre, parmi les observations récentes que nous avons pu observer, elles proviennent toutes de la consultation du Dr Gutmann (Services Gosset et Enriquez) et ont toutes été examinées au point de vue aortique par le Dr Routier (Service Laubry).

Il est particulièrement intéressant de noter que ces malades se sont présentés en un espace d'un an, ce qui montre combien l'affection est fréquente lorsque l'attention est appelée sur elle.

OBSERVATION I

B..., 48 ans, tonnelier.

Entre pour douleurs au niveau de l'estomac ; douleurs depuis une quinzaine d'années, modérées au début, intermittentes, se sont accrues de plus en plus. La douleur était localisée au creux épigastrique et irradiait un peu en bas et à droite vers l'hypocondre. Pas de point dorsal. Ces douleurs étaient nettement influencées par les repas.

Elles débutent 10 à 20 minutes après l'ingestion des aliments pour *s'atténuer un peu ensuite* et disparaître 4 à 5 heures après le repas. Les poudres calmaient un peu la douleur. Jamais de vomissements. Nausées le matin. Au début de la crise, renvoi aqueux qui ont disparu. Depuis toujours des éructations, salivation, appétit diminué sans dégoût électif, amaigrissement de 11 kilos en 5 mois.

Pas de maladies. Wassermann légèrement positif.

A l'examen : Point douloureux épigastrique sus-ombilical avec sensibilité diffuse dans les régions voisines.

On note une résistance épigastrique à gauche.

A la Radioscopie : Examen couché et debout de l'estomac, on ne trouve rien, sauf une douleur qui ne bouge pas et reste toujours localisée le long de la colonne vertébrale à gauche, quelle que soit la position de l'estomac.

A la radioscopie de l'aorte abdominale, on trouve un vaisseau nettement dilaté dans la partie sous-diaphragmatique.

On note une augmentation considérable de l'aorte qui se détache en arc dans la colonne vertébrale.

OBSERVATION II

Mlle N...

La malade vient consulter parce qu'elle souffre au creux épigastrique.

La malade rappelle qu'elle a été opérée pour un fibrome en 1920 : opération totale. Un an après, en 1921 : crise, douleurs dans la fosse-iliaque droite, vomissements alimentaires. Température 38. Tout se calme, puis deux autres crises semblables : Ablation de l'appendice.

En 1922, crises de « coliques hépatiques » avec irradiation à l'épaule.

Appétit un peu diminué ; maigrit de 8 kilogs.

En avril 1923, elle ressent, au creux épigastrique, des douleurs transfixiantes correspondant dans le dos.

Les piqûres de morphine, le kaolin la calment. Vomissements.

A l'examen : Hyperhéstésie très vive à la moindre pression dans tout le creux épigastrique.

Pas de douleurs dans le rebord costal droit ; les douleurs viennent par crises très longues, durant plusieurs heures, parfois toute une nuit, non calmées par aucune substance ingérée et nécessitant de la morphine.

Souffle systolique au niveau de l'aorte.

A la radiographie : Estomac : néant. On trouve un élargissement de l'aorte de face et de profil.

Traitement (en cours) : Iodure de potassium.

OBSERVATION III

Mme F..., 59 ans, brodeuse.

Souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années. Les douleurs qui étaient tardives deviennent précoces et plus fréquentes.

Après absorption d'aliments, crampes et douleurs irradiants dans le dos durant 2 à 3 heures.

Douleurs calmées par l'hydrate de magnésie. Pas de vomissements ni constipation.

A l'examen physique : on est immédiatement frappé par l'augmentation considérable du volume de l'aorte abdominale qui est pulsatile.

A l'examen radioscopique : cette aorte apparaît augmentée de volume et détachée de la colonne. Estomac normal.

Traitement : en cours : Huile iodée, iodure de potassium.

OBSERVATION IV

M. B..., 47 ans, valet de chambre.

Souffre de l'estomac : douleurs calmées par l'ingestion des aliments ; la douleur reprend après la digestion ; jamais de vomissements.

Quelques périodes sans douleurs : ces périodes ne dépassent jamais un mois ; pendant ce temps le malade semble ne pas souffrir du tout, sauf un peu de faim douloureuse.

Actuellement : faim douloureuse, sommeil assez bon, pas de douleurs.

Examen : légère résistance épigastrique à gauche. Constipation ; pas d'éthylisme ; pas de syphilis.

A la radiographie : aortite abdominale avec dilatation de l'aorte abdominale et de l'aorte thoracique.

Trailement : commencé il y a deux ans. Iodure, huile iodée en injection. Très grosse amélioration. Le malade ne souffre presque plus.

CONCLUSIONS

1° L'aortite abdominale ne se traduit pas seulement par les grandes manifestations dramatiques gastriques ou intestinales.

Souvent elle revêt une symptomatologie atténuée qui simule les affections banales de l'estomac.

2° Ces formes atténuées se présentent avec une fréquence plus grande que les grandes crises douloureuses.

3° Le diagnostic de l'affection repose d'une part sur la recherche des signes d'examen clinique parmi lesquels le souffle aortique est le plus important, et d'autre part sur l'examen radioscopique après insufflation du colon et sur la recherche de la précession de l'onde selon la méthode de Laubry et Mougeot.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BARIÉ. — *Maladie du Cœur*, 1912.
- BARIÉ ET COLOMBE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1913.
- BÉNECH. — Aortite abdominale. *Gazette Hebdomadaire de Médecine de Bordeaux*, mai 1906.
- CARRIÈRE. — *Gazette des Hôpitaux*, juin 1900.
- CASTAIGNE ET GOURAUD. — L'aortite abdominale. *Journal de la Médecine Française*, 1912.
- COLOMBE. — L'aortite abdominale. *Revue Générale. Gazette des Hôpitaux*, 1913.
- DARQUET. — *Thèse de Paris*, 1899.
- GALLAVARDIN ET BERTOYE. — *Société Médicale des Hôpitaux* 1920.
- GUTMANN ET D. ROUTIER. — Aortite abdominale à forme gastrique. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1923.
- F. FERNANDEZ-MARTINEZ. — Artério-sclérose abdominale. *Paris-Médical*, octobre 1921.
- HANOT. — *Presse Médicale*, 1894.
- KARL-ENGEL. — Embolie de l'aorte abdominale. *Perter Médicale, Chirurg. Presse* 1912.
- LAGANE. — Syndromes artério-scléreux. *Presse Médicale*, décembre 1911.
- LAUBRY ET DANIEL ROUTIER. — Aneurisme de l'aorte abdominale. *Société Médicale des Hôpitaux*, mai 1923.
- LAUBY, MOUGEOT ET GIROUX. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1921. Variations pathologiques de la vitesse de propagation de l'onde pulsatile.
- LESUEUR. — *Thèse de Paris*, 1914.
- LIAN. — Appareil circul. *Collection Sergent*, 1922.
- LÆPER. — Leçon de Pathologie digestive. Tome II, 1912.
- LÆPER. — Les crises intestinales et aortiques. *Progrès Médical*, décembre 1920.

- LEGNAUD ET TGERLANS. — *Gazette des Praticiens*, Lille, 1921.
MATHIEU ET ROUX. — Pathologie gastro-intestinale. Tome I.
MARQUEZY. — Aortite abdominale. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, avril 1923.
MIGNAC. — *Thèse de Paris*, 1923.
POTAIN. — Aortite abdominale. *Médecine Moderne*, sept 1899.
PAL. — Les Crises vasculaires. Trad. Bablon, 1907.
RHEM. — *Thèse de Lyon*, avril 1902.
TEISSIER. — Aortite abdominale. *Semaine Médicale*, 26 nov. 1902.
TEISSIER. — Congrès de Médecine de Toulouse, 1902.
VAQUEZ. — Maladie du cœur, 1921.
-

